



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Huancané, 15 de Julio del 2024

304

OFICIO N° -2024/GESTION DE CALIDAD/REDESS HUANCANE/DIRESA PUNO

SEÑOR : M.C. EDWIN WILBERT CORRALES MEJÍA
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCIÓN : DIRECCION DE GESTION DE CALIDAD – DIRESA PUNO

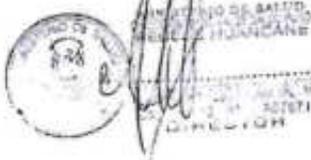
ASUNTO : REMITO INFORME TECNICO DE COMPROMISO DE MEJORA FICHA N° 43 Y 44 REDESS HUANCANÉ.

Por intermedio del presente es grato dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente con la finalidad de poner en su conocimiento, que se REMITE EL INFORME TECNICO DE COMPROMISO DE MEJORA DE FICHA N° 43 Y 44 de la Red de Salud Huancané, para lo cual **adjunto**:

- Informe técnico de conformidad del cumplimiento de criterios 1 y 2 del compromiso de mejora **ficha 43**
- Informe técnico de conformidad del cumplimiento de criterios 1 y 2 del **compromiso de mejora ficha 44.**

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para reiterarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



447/11/2019
2019-1224

Hospital



Resolución Directoral

Huancané, 13 de Febrero del 2024.

VISTO : El documento: OFICIO N° 007-2024-HOSPITAL LAP-HUANCANE/REDESS-HUANCANE/DIRESA-PUNO, de fecha 09 de Febrero de 2024,

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del título preliminar de la ley N° 26812, Ley general de Salud señala que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla. Que el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la Salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como órgano rector las entidades adscritas a el y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o colectivo;

Que, asimismo el artículo 4-A incorporado a la ley antes referida a través de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones. Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y de más instituciones públicas, privadas y público privadas;

Que, la octava política del documento Técnico Política Nacional de calidad en salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de la salud;

Que, mediante decreto Supremo N° 027-2019-SA, se establece los criterios para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a nivel resultado, producto, insumo o proceso de programas presupuestales, así como los criterios técnicos para su aplicación e implementación en el año 2020, para percibir la entrega económica anual en la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo 1153, que regula la política integral de compensaciones y Estrategias Económicas del personal de la Salud al servicio del Estado;

Que, el artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA define a la acreditación como, un procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, el artículo 9° del precitado Reglamento, dispone la obligación de los Establecimientos de Salud a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponde;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud Categorización de Establecimientos de Salud con la finalidad de garantizar a los usuarios de los servicios de salud y del sistema contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, del 29 de octubre de 2009 se aprobó el documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" cuyo objetivo es contribuir a mejorar la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el documento técnico "sistema de Gestión de Calidad en Salud estableciendo los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad en la atención de los servicios de salud;

Que, la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA de fecha 02 de abril de 2020, en su artículo 1° Aprueba la Directiva Sanitaria n° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de Salud", que en documento adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial;

Que, de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28379; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada y complementada por Leyes N°s. 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, que reconoce a los Directores Regionales como única autoridad en Salud en cada Región; y en uso de las atribuciones Ordenanza Regional N° 012-2015-GRP/CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud de Puno y estructura orgánica de la Dirección Regional de Salud de Puno; y en uso de la delegación de facultades y atribuciones conferidas en la Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA; y;

Que, estando a lo propuesto por la Coordinadora de Gestión de Calidad y con la aprobación de la Dirección de la Red de Salud Huancané.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR, el Plan Anual de Autoevaluación del Hospital Lucio Aldazabal Pauca, de la REDESS Huancané para el año 2024, en cumplimiento del Decreto Supremo de la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, en cumplimiento del indicador de convenios de Gestión (Ficha 44), Fortalecimiento de la Gestión de riesgos de la atención y de la mejora continua de la calidad, el mismo que adjunta a fjs (13) y forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO. - Notificar la Presente resolución a la responsable de Gestión de Calidad de la Red de Salud Huancané, para su cumplimiento.

ARTICULO TERCERO. - Disponer la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal Institucional de la Red de Salud Huancané.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

(Sello y Firma) M.C. FRANZ H. GUTIERREZ VILCA, director de la Red de Salud Huancané.

Lo que transcribo a Usted para su conocimiento y demás fines de ley

ATENTAMENTE.



The image shows a handwritten signature in dark ink, which appears to be 'Franz H. Gutierrez Vilca'. The signature is written over a faint circular stamp or watermark that is partially obscured by the ink.

REDESS HUANCANE
HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA
HUANCANÉ



**PLAN ANUAL DE
AUTOEVALUACIÓN
DE UNIDADES
PRODUCTORAS
DE SERVICIOS DE
SALUD**



2024

GESTIÓN DE LA CALIDAD



PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN 2023 REDES HUANCANE 2024

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación del servicio de salud es uno de los pilares para la transformación de los sistemas de salud que ha tenido lugar en estos últimos años, uno de los objetivos de política de salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable siendo en la actualidad una necesidad de los servicios de salud el evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

En ese sentido en el marco del sistema de gestión de la calidad en salud a través de la dirección de la calidad en salud ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los servicios de salud, herramienta que permite llevar a cabo la acreditación de los establecimientos de salud comparando el desempeño de la prestación de la salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en las Unidades Productoras de Servicios de Salud.

La autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación en el cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

El plan anual de autoevaluación/acreditación se ha elaborado según los lineamientos contenidos en la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo aprobado mediante Resolución Ministerial No 270- 2009/MINSA. Orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

II. FINALIDAD

El desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macro procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo.

III. OBJETIVOS

GENERAL

Realizar el proceso de autoevaluación por macro procesos verificando el cumplimiento de los estándares que permita implementar mejoras para el logro de la acreditación del Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané.

ESPECIFICOS

- Organizar y planificar el proceso de autoevaluación en el Hospital LAP Huancané.
- Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación de las Unidades Productoras de Servicio de Salud a la Red Salud Huancané.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación para la acreditación de acuerdo a los macro procesos: Gerenciales, prestacionales y de 'apoyo, recurriendo a la interacción con los responsables de los servicios a las fuentes auditables.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la autoevaluación en el marco de la acreditación de los establecimientos de salud.

IV. BASE LEGAL

- ❖ Ley general de salud N°26642
- ❖ Ley N°26842, Ley General de Salud
- ❖ Ley N°27604, que modifica la ley general de salud. respecto de la obligación de los Establecimientos de salud a dar atención medica en casos de emergencias y partos.
- ❖ R.M. N°519-2006, que aprobó el sistema de gestión de la calidad en salud
- ❖ Norma técnica N°050-M1NSA/2007/DGSP-vol-2 de acreditación de servicios de salud y servicios médicos de apoyo.
- ❖ Decreto Legislativo N°1158, que dispone las medidas destinadas al fortalecimiento y cambios de denominación de la superintendencia nacional. de aseguramiento en salud.

- ❖ D S. N°008-2017, que aprueba el reglamento de organización y funciones de la superintendencia nacional de salud.
- ❖ R.M. N°270-2009/M1NSA aprueba la guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

V. ALCANCE

El presente plan de autoevaluación es de aplicación obligatoria en las unidades Productoras de servicios de salud del hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané.

VI. CONTENIDO

a. DEFINICIONES OPERATIVAS

- ❖ **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que se cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- ❖ **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados, conocidos por los actores de la atención de la salud, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención.
- ❖ **Lista de estándares de acreditación.** Documento que contiene los estándares, atributos, referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
- ❖ **Mejoramiento continuo de la calidad:** Metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor compatibilidad.

- ❖ **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de las organizaciones agregan valor a los productos.
- ❖ **Criterios de evaluación:** Parámetro referenciales que determinan el grado de cumplimiento de estándar y permite su calificación de manera objetiva.
- ❖ **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar practicas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
- ❖ **Evaluador Interno:** Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación.
- ❖ **Evaluador Externo:** Persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación.

VII. METODOLOGÍA:

Proceso de autoevaluación se realiza a través de auto evaluadores internos quienes utilizan diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar segun los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

- a. **PRIMERA FASE:** La autoevaluación se realiza haciendo uso de los resultados obtenidos de la anterior evaluación verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual.
 - Reunión para la elaboración del plan.
 - Identificación de macro procesos para cada servicio.
 - Conformación del equipo de evaluadores interno.
 - Sistematización de todas las fuentes auditables por cada Macro Proceso.
 - Solicitar oficialmente el inicio de la autoevaluación 2024.
- b. **SEGUNDA FASE:** Durante el proceso de autoevaluación se desarrollará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de autoevaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio a ser evaluado haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
 - Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados.
 - Cada estándar es leído, comprendida e interpretada con la verificación de documentos en las áreas y/o servicios evaluados.
 - Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
 - Recorrer todos los ambientes del servicio conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
 - Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
 - Al finalizar los evaluadores presentarán un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.
 - Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos de trabajo los resultados preliminares.
- c. TERCERA FASE: Preparación y entrega del informe técnico de autoevaluación.**
- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de las Unidades Productoras de Servicios de Salud: Emergencia, Centro quirúrgico, hospitalización, Consultorios externo, farmacia, laboratorio clínico, centro materno, neonatología, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista.
 - Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico y quedar registrado en el libro de actas.
 - Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la autoevaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.

d. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

- Listado de estándares de acreditación de establecimientos de salud.
- Guía del evaluador interno.
- Formatos para evaluación: Hoja de registro de datos para autoevaluación y hoja de recomendaciones.
- Aplicativo para el registro de resultados del proceso de autoevaluación proporcionado por el Minsa (instrumento informático), que establece la calificación específica del cumplimiento de cada estándar y macro procesos.

e. **TÉCNICAS DE EVALUACIÓN:** Los equipos de evaluadores internos a nivel de la Red Salud Huancané utilizarán diversas técnicas de verificación que les permitirá evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

- **Verificación/revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos.
- **Observación:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas y el entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados a toda la población accesible.
- **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditorias:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

VIII. ORGANIZACIÓN

- Director de Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané.

- Responsable de Calidad.
- Comité de autoevaluación interna.
- Responsables de las Unidades Productoras de los Servicios de Salud.

IX. RECURSOS

a. HUMANOS

- Director de Hospital.
- Responsable del sistema de calidad.
- Integrantes del comité de autoevaluación conformado por: Medico, Enfermera, Obstetra y otros profesionales de las ciencias de la salud.

b. MATERIALES

- Norma técnica 050 - MINSA/DGSP V 02.
- Listado de estándares de acreditación categoría 11-1.
- impresiones, fotocopias.
- Computadora, impresora.
- Libro de actas.
- Tableros acrílicos para las encuestas.
- Hoja de registro para la autoevaluación.
- Fotocopias de formato Anexo 8: Formatos por Macro procesos.

X. EVALUACIÓN

- Se realizará monitoreo y seguimiento permanente.
- Informes de avance de elaboración e implementación de mejora continua.

XI. EJECUCIÓN

Ejecución será de octubre a diciembre del 2024.

XII. PRESUPUESTO

- ❖ No se cuenta con presupuesto asignado directamente para el proceso de autoevaluación.

**RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACION
DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Nº	MACROPROCESO	ESTANDARES	CRITERIOS DE EVALUACION
1	Direccionamiento	2	11
2	gestión de recursos humanos	4	11
3	gestión de calidad	3	22
4	manejo de riesgo de la atención	8	50
5	emergencias y desastres	3	21
6	control de la gestión y prestación	2	15
7	atención ambulatoria	4	17
8	atención extramural	4	13
9	atención de hospitalización	7	26
10	atención de emergencia	3	14
11	atención quirúrgica	4	24
12	docencia e investigación	2	15
13	apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14	admisión y alta	4	16
15	referencia y contra referencia	4	13
16	gestión de medicamentos	3	15
17	gestión de la información	3	14
18	descontaminación, limpieza, desinfección	4	17
19	manejo del riesgo social	2	6
20	manejo de nutrición de pacientes	2	10
21	gestión de insumos y materiales	2	8
22	gestión de equipos e infraestructura	2	12
	TOTAL	75	361

INDICADORES DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION

PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA
<p>AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION</p>	<p>Los establecimientos de salud realizan la autoevaluación.</p> <p>Establecimientos de salud incrementan la nota inicial de autoevaluación.</p> <p>Garantizar A los usuarios y al sistema de servicios de salud que los establecimientos que prestan servicios de salud según el nivel de complejidad cuentan con recursos y capacidades para brindar prestaciones de calidad en base a estándares nacionales previamente definidos.</p>	<p>% de establecimientos que han realizado la autoevaluación.</p> <p>% de establecimientos de salud que incrementen el resultado de la autoevaluación en más del 50%.</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de comités de acreditación funcionando}}{\text{Total, de comités de acreditación de red y micro red}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de EE. SS que han realizado la autoevaluación}}{\text{Total, de establecimientos de red}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de informes técnico de autoevaluación con puntaje} > 50}{\text{Total, de EE.SS con autoevaluación de red}} \times 100$</p>

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACION DE UPSS
HOSPITAL LUCIO ALDABAZAL PAUCA HUANCANE 2024**

COMPONENTES/ACTIVIDADES/AREA	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE
			I	II	III	IV		
OBJETIVO GENERAL: Promover la implementación de la autoevaluación para alcanzar la acreditación de las unidades productoras de servicios de salud, base legal R.M. N°456-2007/MINSA, R.M. N°270-2009/MINSA (séptima política de calidad en salud).								
1. Conformación del equipo de autoevaluación a nivel de hospital LAP Huancané, con resolución directoral.	documento	1	X				Resolución directoral	Director del hospital responsable de calidad
2. conformación de evaluadores internos con resolución directoral.	documento	1		X			Resolución directoral	Director hospital, responsable de calidad
3. asistencia técnica y/o capacitación virtual, para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar en el proceso de autoevaluación.	Documento	1		X			Informe de asistencia técnica, libro de actas	Equipo calidad DIRESA-PUNO, responsable calidad Redes/hospital
4. Elaboración y aprobación con resolución directoral del plan de autoevaluación y consignar simultáneamente a los responsables de las unidades productoras de servicios de salud que interactúan con los evaluadores internos.	Plan	1		X			Resolución directoral	Equipo evaluador interno, director hospital responsable de calidad
5. Comunicar el inicio de autoevaluación a la dirección de gestión de la calidad DIRESA PUNO.	Documentos	1			X		Cronograma de inicio de autoevaluación	Director del hospital responsable de calidad
6. ejecución del plan de autoevaluación interna de las UPSS según cronograma establecida.	evaluado	1			X		Documentos y formatos, anexos	Director del hospital equipo evaluador interno, responsable en calidad
7. monitoreo de ejecución de autoevaluación interna en las UPSS.	Informe	1			X		Informe libro de actas	Director del hospital responsable de calidad, equipo evaluador
8. informe técnico de la autoevaluación por los evaluadores internos, por mesa de partes de la dirección de la red de saluden impreso y en magnético.	Informe	1				X	Informe técnico final d ejecución de autoevaluación y anexos.	Responsabilidad de calidad equipo de evaluadores internos.
9. socializar el resultado de autoevaluación interna y realizar planes de mejora en las UPSS.	informe	1				X	Libro de actas informe	Director del hospital responsable de calidad equipo de evaluadores internos.